FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Alfred GORRA

Né à Alexandrie (Égypte), le 27 novembre 1886
Engagé volontaire
Décoré de la Croix de Guerre

DES RAPPORTS D'UN CAS DE PSYCHOSE A DOUBLE FORME ET DE L'ÉPILEPSIE

« J'ai dit qu'il faut se contenter de décrire certains malades et ne pas essayer de les classer d'une manière rigoureuse. »

MOREL (*Traité des Maladies mentales*, 1853).

Président : M. E. SERGENT, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, LEJARS, HARTMANN, GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU, COUVELAIRE, JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOULLET	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE Henri	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté qui les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE VÉNÉRÉ

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE HENRY

Mort pour la France

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

En témoignage d'affection.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON AMI
ALFRED ESCOFFIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. SERGENT

Professeur de Clinique médicale propédeutique
Médecin de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DES RAPPORTS D'UN CAS DE PSYCHOSE A DOUBLE FORME ET DE L'ÉPILEPSIE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer pendant près de trois ans — de 1912 à 1915 — l'évolution d'une psychose, caractérisée par des accès d'excitation et de dépression, survenue un an après un traumatisme cranien qui avait été assez violent pour entraîner une hémiplégie ayant duré deux mois et pour donner naissance à des crises d'épilepsie.

Il nous a semblé que l'évolution de ces accès périodiques, à double forme, qui devraient rentrer suivant la conception synthétique de Krœpelin, dans le cadre nosographique de la folie maniaque dépressive, psychose d'ailleurs constitutionnelle essentiellement héréditaire, présentait certaines particularités cliniques qui l'en différenciaient et que nous nous proposons d'étudier.

D'autre part nous avons été frappé surtout de constater que les crises d'épilepsie présentées par

notre malade, avant la bromuration, avaient cessé sous l'influence de cette médication pour donner naissance aux crises de dépression et d'excitation et qu'elles n'avaient pas tardé à reparaître quand par suite d'un manque de surveillance ou de troubles digestifs le bromure avait été abandonné.

Une pareille substitution devait nous porter à reconnaître à ces deux affections une certaine parenté. Nous essayerons de rassembler tout au moins les liens qui paraissent les unir.

HISTOIRE DU MALADE

Le 15 juillet 1911 nous apprenions que notre ami A. E..., qui était en garnison à Rouen venait d'être blessé accidentellement au-dessus de l'arcade sourcilière droite par un coup de baïonnette. Il avait perdu connaissance et avait été porté à l'hôpital où il ne devait toutefois rester que huit jours.

Or le neuvième jour en arrivant chez lui à Paris en congé de convalescence il s'aperçoit qu'il ne peut plus remuer son bras et sa jambe gauches. Il présentait tous les symptômes d'une hémiplégie organique. A la maison de santé où il est conduit on décide de temporiser : on ne trépane pas.

L'épanchement sanguin se résorbe, les phénomènes de compression disparaissent petit à petit et après une cure à Bourbonne-les-Bains la guérison semble complète. Il reprend son service le 1er octobre.

Le 15 décembre, cinq mois après son accident, alors qu'il est en permission chez son père il a une incontinence nocturne d'urine et se réveille le matin avec une sensation de très grande fatigue : le même phénomène se répète le 15 janvier 1912, le 20 février et le 25 mars.

Le 15 avril il consulte les Dr S... et H... parce qu'il ressent avant de s'endormir « des sursauts nerveux » localisés au bout des doigts de la main gauche. Les médecins lui prescrivent

2 grammes de bromure à prendre pendant six mois. Jusqu'à cette consultation il était en possession de toutes ses facultés et avait conservé son humeur toujours égale.

En mai — c'est le 22 — après une cure d'un mois de bromure il m'écrit qu'il est très nerveux et qu'il passe par une crise de « spleen fantastique ». « Je suis dégoûté de tout, je suis très nerveux, me dit-il, malgré mon absorption quotidienne de bromure ». Il m'annonce qu'il va le supprimer parce que ce remède le déprime : il le supprime effectivement le 28 mai.

Le 28 juillet, deux mois après la suppression du bromure, à huit heures du matin, il tombe dans la rue sans connaissance : c'est lui qui me l'écrit du Val-de-Grâce où il a été envoyé en surveillance le 30 juillet deux jours après son accident : « Tu ne te douterais pas que c'est avant-hier en allant chez toi à 8 heures... que je suis tombé en défaillance sans m'en douter au bout de la rue d'Assas. Je me suis trouvé assis très faible et très fatigué dans le kiosque qui se trouve là, en face d'un agent qui me demandait si ça allait mieux ! On m'a envoyé ici où je suis un régime sans sel et où je suis en observation. Ce qui m'a occassionné cette crise c'est que depuis deux mois je ne prenais plus de bromure parce qu'il me fatiguait l'estomac et m'abrutissait. Le médecin m'a déclaré qu'il fallait que j'en prenne pendant cinq à six ans ! » Aussi on lui ordonne du bromure : il suit une nouvelle cure et quitte avec un congé de convalescence le Val-de-Grâce, le 6 août 1912.

Quelques jours après le 11 août, — il est à Rouen où il est allé faire ses adieux à ses camarades de régiment, — je reçois une lettre de lui dans laquelle il me paraît très excité.

11 août

Date mémorable ! ! !

« J'ai choisi une maîtresse ! Ça y est ! Je suis en ménage ou plutôt je le serai à partir du 1er octobre à mon retour de permission. » Ici la description enthousiaste de l'objet de ses désirs. Puis il me décrit ses projets en me donnant des détails très crus en rapport avec une exagération de ses fonctions de génitalité et que je ne puis transcrire. Il termine sa lettre en me disant qu'il est « fou de joie ».

Il devait revenir le lendemain à Paris. Subitement changement de programme, il veut aller à Trouville. Il m'y invite : je le rejoins à Rouen. Je le trouve très gai, le visage coloré, la parole exubérante. Nous partons en auto pour Trouville. Pendant tout le voyage, tout le long de la route, il fait des achats inutiles d'objets futiles ; il décore sa voiture de petits drapeaux de toutes les nationalités ; il est fier de porter une décoration du Pape qu'il aurait obtenue pour être allé à Jérusalem ; il achète une bicyclette à Caen ; propose à une petite ouvrière de la prendre comme maîtresse alors qu'il vient de faire quelques minutes plus tôt d'autres projets avec une autre amie : conduit son auto à toute allure.

Nous arrivons à Trouville. *Subitement, alors qu'il est encore au volant de sa voiture*, apparaît une période de dépression : c'est le 15 août. Il s'arrête, il est inquiet, indécis surtout et sans volonté. J'ai de la peine à le faire entrer au casino : il a un air triste, ses traits sont tirés et pâles, il est surtout fatigué et incapable d'un effort au point que rentrés à l'hôtel comme il reste sans mouvement dans son fauteuil je suis obligé de le mettre au lit. La nuit se passe sans incidents.

Le lendemain 16 août comme son état paraît normal nous poursuivons notre route : je rentre à Paris, il rejoint sa famille en villégiature près de Lyon.

Le 25 août, il m'écrit qu'il a besoin de mouvement : il veut son auto et me demande d'aller la chercher chez le fabricant où il l'a laissée pour une petite réparation. Il constate ensuite qu'il a eu « le cafard » pendant une semaine, mais « depuis hier, dit-il, j'ai des idées sublimes, j'ai le cœur gai : j'ai revu tous mes anciens flirts ; c'est effrayant la quantité de jeunes filles qui se trouvent dans mes parages ces temps-ci ! Viens ! tu ne t'y embêteras pas !... *N'empêche que je suis décidé à ne pas faire d'excès pour me remettre le plus tôt possible* ».

Le 26 août nouvelle lettre, pour me renouveler l'offre qu'il m'a faite la veille d'aller le rejoindre avec son auto.

Le 27 août, encore une lettre à laquelle je fais de grands emprunts parce qu'avec les suivantes elle permet de juger de l'état réel d'excitation de notre malade au plus fort de la crise.

« Il est 5 heures du matin. Une idée sublime me vient. D'ailleurs depuis 3 heures du matin je viens de méditer deux inventions nouvelles en matière d'automobiles que je vais mettre à l'essai le plus tôt possible. *J'ai l'esprit très lucide ces jours-ci.* J'ai reçu une réponse d'Amérique (la demande avait été envoyée un mois auparavant contresignée par son père administrateur d'un grand établissement de crédit à Paris). On m'a trouvé à la « Bankers Trust », une des plus grandes banques de New-York, une situation d'au moins 10.000 francs. Mais maintenant ce sont mes parents qui ne veulent pas que je parte encore pour raisons de santé. Aussi

vais-je probablement passer un an à Paris et m'occuper de plusieurs choses :

1° Ecole Berlitz : allemand, anglais.

2° Institut Pigier : dactylo, section financière.

3° Ecole des Sciences politiques : section financière.

4° Droit : première année.

Il va donc s'installer à Paris et me charge alors de lui trouver un appartement et me donne avec une véritable minutie tous les détails de son futur aménagement ; je suis chargé de mille commissions.

Il ajoute : « J'ai eu plusieurs conversations avec les médecins d'ici. Je suis enfin arrivé à leur faire dire aujourd'hui que les trépidations de l'auto ne sont pas dangereuses et que l'unique chose qu'il faudrait éviter c'est que je m'évanouisse au volant, sans qu'il y ait quelqu'un à côté de moi qui puisse me remplacer et éviter une catastrophe. Or, à mon avis cela est impossible, étant donné que je prends du bromure et des douches trois fois par jour. *Je me porte à merveille ces jours-ci* et suis tout le temps en réception. Toutes mes après-midi sont prises ! Figure-toi qu'il y a des jeunes filles encore plus charmantes que les B..., ce qui fait que nous sommes en ce moment une bande de 8 jeunes gens (dont je suis l'aîné) et de 8 jeunes filles de 17 à 20 ans, qui flirtons tous les jours. Arrive vite, c'est délicieux ! »

Le 29 août, c'est une lettre du père que je reçois et qui m'annonce sa résolution de faire interner son fils. « Vous n'étiez certainement pas sans vous apercevoir, me dit-il, que votre ami était très énervé. Depuis son arrivée son état a empiré au point de me donner de grandes inquiétudes. Aussi sur le conseil du Dr D... qui le soigne ici et qui craint une

crise imminente, nous l'envoyons à Paris où il sera suivi. Mon fils ne dort plus, parle abondamment. Il est surpris sur les routes, en auto et en vélo : ce qui est dangereux. Si je m'y oppose c'est une crise de colère et naturellement je suis sa bête noire. Il ne parle que d'inventions. En un mot d'après le Dr D..., il a la folie des grandeurs...

« Il n'est pas possible de le garder, il a besoin d'être isolé et son cas est grave. »

Le 30 août, il était interné à la maison de santé de Picpus.

Le 2 septembre, en pleine période d'excitation, il écrit à sa belle-sœur pour laquelle il a toujours eu beaucoup d'estime : « Je ne connais plus que vous et mes quatre neveux ou nièces. Je n'ai plus de frère, de sœur, ni de père ! ils se sont trop moqués de moi par jalousie et non par charité !... Ici les médecins s'opposent formellement à me faire savoir quoi que ce soit et à me remettre ma correspondance. Avouez que c'est de la mauvaise tactique car cela me rend nerveux... J'ai fait quatre nouvelles inventions, plus simples que celles que vous avez vues. C'est épatant ce que je suis inspiré : mais je prie ! Je dis au moins 4 chapelets par jour... Quand aurai-je ma liberté ? Ecrivez-moi les intentions de mon père. »

Le 6 septembre, il me demande de faire un saut chez lui à n'importe quelle heure car il reçoit du matin au soir, même dans son bain qui a lieu de 3 à 3 h. 1/2. « Pour passer le temps me dit-il, je fais de la gymnastique suédoise, je me drogue, j'écris des vers, je fais des inventions que j'approfondis. Quel succès au salon 1912 pour mes appareils ! Rien de ce que je t'ai expliqué l'autre jour ! Je suis en pourparlers avec un agent du C. L. à New-York pour qu'il me fasse construire

mes appareils en Amérique et qu'il m'obtienne mes brevets... En sortant d'ici grande ballade à travers la France. »

Le 8 septembre, je vais le voir : il m'accueille avec joie. Je le trouve le visage coloré, le regard brillant, la physionomie joyeuse et animée. Son costume est voyant (mais c'est le costume de chasse qu'il portait à la campagne). Il a mille projets en tête, plusieurs combinaisons d'affaires. Il fait des inventions qu'il perfectionne sans cesse me dit-il et qui doivent lui rapporter des sommes suffisantes pour lui permettre de vivre riche et indépendant. Il veut se marier et a envoyé sa demande en mariage à une jeune fille dont il a fait récemment la connaissance. Sa mémoire est surexcitée ; il se rappelle des vers latins et grecs, les dates de plusieurs événements passés avec une précision étonnante. Son langage est très animé ; il parle avec une grande facilité mais sans volubilité, avec esprit et je ne remarque pas de fuite des idées. Il émaille sa conversation de traits plaisants et de remarques judicieuses. Il me raconte son internement et ne comprend pas pourquoi ses parents ont cru devoir ruser pour l'enfermer : c'est un procédé qui répugne à sa nature qui a toujours été droite et franche. *Ils auraient pu me dit il, me prévenir qu'ils allaient m'enfermer ; ils auraient obtenu cela de moi sans effort puisque j'étais décidé à me soigner.* Il comprend moins encore qu'on ait cru bon de lui mettre le premier jour la camisole de force et qu'on ait pu le laisser pendant vingt-quatre heures sur la paille sans même lui donner la moindre nourriture malgré ses prières. Il est très expansif et si en essayant de discuter avec lui je le trouve un peu emporté, il n'est pas méchant. C'est tout au plus s'il montre une certaine irritabilité quand on s'oppose à ses

désirs. Toute son excitation, comme il ne peut plus faire d'auto ni de vélo, va s'employer à la rédaction de lettres en quantité considérable qu'il écrit à toute sa famille, à ses amis, aux personnes qui doivent s'occuper de ses inventions. Et toutes ces lettres sont écrites en quelques minutes sans aucune faute d'orthographe ni de style. Quant à ses inventions elles n'ont aucun cachet démentiel. — Les appareils qu'il voulait faire construire sont actuellement dans le commerce. —

Le 10 septembre 1912, il me charge par écrit de dire à ses amis de lui faire la charité de venir lui dire un petit bonjour en sa « villégature picpusienne ». Il s'y « ennuie à mourir ». A partir de cette date les lettres s'espacent en même temps que les troubles qu'il présentait s'amendent. On l'autorise à recevoir la visite de mes parents et de quelques amis. Il reçoit des lettres de ses parents, de son frère, auxquelles il répond très affectueusement et ne comprend pas pourquoi le médecin les empêche de venir le voir.

En somme il paraît moins excité. Nous devons partir en Suisse où on l'a autorisé à poursuivre sa convalescence : il en est très heureux quand subitement le 24 octobre il fait de la dépression. Il se trouve sans force et sans énergie, il écrit peu, parle peu, est avare de ses mouvements comme de tout. Il n'a plus d'appétit : son visage est transformé ; il est pâle, amaigri.

Nous partons quand même le 26 octobre : nous vivons à l'hôtel de la vie commune. Son état de dépression subsiste jusqu'au 6 novembre. Puis ses périodes de dépression et d'excitation se répartissent ainsi :

Du 6 au 21 novembre : excitation légère.

Du 21 au 26 novembre : dépression légère.

Du 26 au 30 novembre : accalmie.

Du 30 novembre au 8 décembre : excitation.

Du 8 au 17 décembre : dépression.

Le 14 décembre comme je quitte la Suisse, il rentre à la clinique de Mont-Riant près de Montreux où après un examen clinique complet et un examen sérologique complètement négatif on lui donne des bains et des douches mais on cesse le bromure.

Du 17 au 27 décembre : excitation.

Le 27 décembre, il quitte brusquement la Suisse et sa clinique sous le prétexte de mettre en règle ses papiers militaires mais avec le désir secret de chercher son auto et il arrive à Paris le soir même avec une amie. Il est dans un état de grande surexcitation et la nuit se passe en excès de toutes sortes.

Le 28 décembre, le lendemain matin, la dépression arrive brusquement et il assiste impuissant à la chute de toutes ses énergies et à la disparition de toutes ses illusions et de tous ses désirs. Il se trouve grotesque devant son amie : il a pourtant tout ce qu'il faut pour être heureux et ne s'explique pas aussi cette dépression aussi soudaine qu'étrange. Et plein de confusion il va annoncer à son père son odyssée.

A la suite de cette escapade on l'envoie à Lehon près de Dinan, à l'asile départemental des Côtes-du-Nord où il entre de son plein gré le 31 décembre 1912. *Puisque je suis malade, me dit-il et que je veux guérir, il faut par conséquent me soigner.* Il est dans sa période de dépression : elle va durer jusqu'au 6 janvier 1913.

Du 6 au 16 janvier : c'est l'excitation.

Du 16 au 30 janvier, c'est la dépression.

Le 2 février (il n'a pas pris de bromure depuis le 14 décembre 1912) ne pouvant arriver à s'endormir il s'est levé et a commencé à faire du développement photographique de 12 à 3 heures du matin. Il se couche ; se relève à 5 heures pour faire de la machine à écrire, « heureux qu'il était de sortir de sa mauvaise période » (sa mauvaise période c'est la période de dépression) quand tout à coup il s'évanouit à sa table et tombe sur son poêle.

« Je ne me suis réveillé, dit-il, qu'une fois le lavage de la plaie que je portais au front terminé et qu'après le départ du surveillant qui était accouru au bruit que j'avais fait en tombant. J'étais tout courbaturé et j'avais la tête meurtrie en divers endroits. J'ai vomi et suis resté toute la journée à la diète et au lit. Le lendemain je me levais très bien et tout à fait normal. Depuis je suis normal et calme. » En somme il venait d'avoir une attaque d'épilepsie et fait curieux cette attaque s'était substituée à une période d'excitation survenue quelques heures plus tôt.

Aussi après cette crise le bromure est-il ordonné. Il en prend pendant tout le mois de février et le calme se prolonge jusqu'au 15 février.

Du 15 au 22 février : excitation.

Du 22 au 29 février : dépression.

Du 29 février au 8 mars : calme.

Il m'écrit alors que son état a l'air de s'améliorer mais qu'il a encore beaucoup souffert, qu'il a souffert « horriblement » pendant sa dernière dépression. « Je suis dans cet état extrêmement impressionnable et les fous de l'Asile ont un effet désastreux sur mon moral. Il me semble alors que

je ne guérirai jamais et que je suis considéré comme un dément. »

Du 8 au 18 mars : excitation.

Du 18 au 29 mars : dépression.

Il m'écrit pendant cette période une lettre en date du 21 mars que je transcris presque complètement parce qu'elle est écrite en pleine période de dépression et qu'elle me paraît intéressante pour cette raison.

« Sais-tu que je suis en plein dans la marmelade comme je n'ai pu m'empêcher de l'écrire aux miens. Il me semble que jamais je n'ai été aussi déprimé. Pourquoi ? Je ne le sais moi-même. Je suis en tous cas dégoûté de voir que cette dernière dépression est revenue aussi vite que la précédente. Je ne puis pas me faire à cette idée « d'asile » et à l'ambiance. Je suis d'une nervosité interne... extraordinaire. Enfin je ne sais comment t'exprimer exactement toutes les idées noires qui me passent par la tête, toutes les susceptibilités auxquelles je suis sujet. Les encouragements que tu me donnais quand tu étais près de moi me manquent. Conclusion : je crois bien être ici pour un nombre de mois illimité, pour ne pas dire d'années ! ! C'est horrible ! je vais devenir gâteux. Que j'aimerais te dire tout et plus que je ne t'en écris : il me semble que cela me soulagerait... Sapristi ! elles ne veulent pas disparaître ces sacrées périodes de dépression que je redoute parce que je ne suis bon à rien et fuis tout le monde ! ! »

Et il termine sa lettre par ces mots : « Si tu savais le temps que je mets à t'écrire ces quelques lignes tu en serais « baba » Aussi je te quitte. Fais-moi l'immense charité de m'écrire, ne serait-ce que deux mots le plus souvent possible. »

Du 29 mars au 3 avril : calme.

Le 3 avril, nouvelle excitation mais moins forte, comme il me l'annonce lui-même : « Je suis beaucoup moins excité cette fois-ci. Ainsi je n'ai pas écrit depuis le 21 mars. » D'ailleurs sa lettre est très calme et les deux lettres qu'il m'écrit ensuite pendant le mois d'avril ne présentent aucun caractère particulier.

Le 16 mai, il m'annonce que du 3 au 12 mai, il a eu de nouveau de la dépression.

Le 9 juin nouvelle lettre : « Sais-tu que mon mal est chronique et que les périodes noires reviennent aussi souvent. *A une heure près j'ai dix-sept jours de bon pour neuf de mauvais.* »

Il écrit à son père pour le prier de le retirer de l'asile le 1er juillet ou plutôt le 7, dit-il « puisque ma neurasthénie prochaine commencera le 25 juin à 3 heures pour finir le 6 juillet à 4 heures ».

Nous le trouvons en effet le 7 juillet comme il l'avait prévu, en pleine excitation.

Depuis nous constatons que les périodes continuent à se répéter avec la même régularité que par le passé et toujours sous le même aspect et avec la même physionomie symptomatique.

Ainsi nous trouvons :

Du 6 au 16 juillet : de l'excitation.

Du 16 au 28 juillet : de la dépression.

Du 28 juillet au 4 août : du calme.

Du 4 au 13 août : de l'excitation.

Du 13 au 22 août : de la dépression.

Du 22 ou 27 août : du calme.

Du 27 août au 6 septembre : de l'excitation.

Du 6 au 21 septembre : de la dépression.

Du 21 septembre au 1er octobre : de l'excitation.

Du 1er au 14 octobre : de la dépression.

Du 14 au 19 octobre : du calme.

Du 19 au 29 octobre : de l'excitation.

Du 29 octobre au 17 novembre : de la dépression.

Le 17 novembre c'est le calme.

En décembre 1913 aussi, comme d'ailleurs depuis près d'un an il n'a plus eu de crise d'excitation pareille à celle qui l'a conduit à la maison de santé de Picpus le 30 août 1912; comme toutes ses périodes d'excitation consistent surtout en une surexcitation intellectuelle qui lui fait écrire de longues lettres qui ne sont anormales que parce qu'elles sont beaucoup trop fréquentes et en un besoin de mouvement qui lui fait faire de longues promenades ; comme il n'a jamais eu d'accès de violence sur son entourage et qu'il n'est plus question d'inventions ; qu'en somme l'état morbide n'est surtout appréciable que par la reproduction successive des périodes d'excitation et de dépression, la famille décide de le faire venir près de Paris à la maison de santé de la Malmaison. La surveillance y sera plus discrète, il aura deux jours de liberté par semaine et moins éloigné de sa famille il aura l'impression de mener la vie d'un convalescent.

Les périodes d'excitation et de dépression ne disparaissent pas toutefois, mais elles ont une tendance assez nette, surtout les périodes d'excitation, à diminuer de fréquence, d'intensité et de durée, laissant entre elles une plus longue période de calme.

Arrive la guerre. Il quitte la Malmaison et suit son régi-

ment au front. Je le perds de vue. Je le retrouve le 12 décembre 1915 à la fin de ma première permission. Il me raconte qu'il est parti au début de la guerre mais que n'ayant aucun soin et ayant cessé le bromure il a eu au bout de quelques mois, en décembre 1914, une syncope alors qu'il conduisait une patrouille et cette nouvelle attaque d'épilepsie, survenue encore une fois à la suite de la suppression du bromure l'a fait réformer. Il avait voulu s'engager dans l'aviation mais sans succès. Comme je remarque qu'il a le bras gauche en écharpe il m'apprend que depuis un mois il a le bras un peu paralysé et suit un traitement mécanothérapique.

Il est d'ailleurs assez triste, sans entrain et me dit que c'est depuis assez longtemps son état habituel. Il remarque qu'il a perdu la mémoire.

Il essaye bien d'avoir une occupation régulière et travaille dans une banque pour faire plaisir à son père, mais cela le fatigue. Il m'envie de retourner au front. Il considère que sa vie est inutile et qu'il aurait mieux valu pour lui et les siens qu'il ne revienne pas de la guerre : il aurait eu une mort glorieuse. Nous dînons ensemble : je le quitte à 11 heures. Le lendemain matin à 7 heures sa femme de chambre qu'il avait priée de le réveiller, le trouve mort dans son lit.

En résumé :

Le 15 juillet 1911, traumatisme cranien à droite au-dessus de l'arcade sourcilière.

Le 24 juillet, hémiplégie gauche après un intervalle libre de neuf jours, hémiplégie organique.

Le 18 septembre, la guérison de l'hémiplégie semble complète.

Le 15 décembre, première crise d'épilepsie.

Les 15 janvier, 20 février, 20 mars 1912, trois crises d'épilepsie.

Le 15 avril, on ordonne du bromure.

Le 22 mai, il est très nerveux, il se plaint de « spleen ».

Le 28 mai, suppression du bromure.

Le 28 juillet, attaque d'épilepsie dans la rue.

Le 30 juillet, médication bromurée.

Le 11 août, apparaissent les périodes régulières d'excitation et de dépression.

Le 14 décembre, il supprime le bromure.

Le 2 février 1913, nouvelle attaque d'épilepsie, précédée d'un accès d'excitation de quelques heures.

Du 3 février au 17 novembre, on reprend la bromuration d'une façon énergique : les crises alternantes continuent mais avec une tendance assez nette à la diminution, sans crise d'épilepsie, au point que le considérant comme convalescent on le met dans une clinique libre.

Du 17 novembre 1913 au 2 août 1914, l'état se serait amélioré considérablement, on constate surtout de plus longs intervalles de calme : le 4 août il peut partir avec son régiment.

Du 4 août 1914 au mois de décembre 1914, plus de bromure, fatigue aux armées et aux tranchées, il a une attaque d'épilepsie qui le fait réformer au mois de décembre 1914.

Le 13 décembre 1915, mort subite.

Il aurait présenté les derniers temps des phénomènes paralytiques transitoires et déprimé, fatigué, perdant la mémoire il donnait déjà des signes de fatigue générale et intellectuelle.

ETIOLOGIE

Ainsi dans l'histoire de notre malade c'est un traumatisme cranien qui ouvre la scène le 15 juillet 1911 ; une hémiplégie s'ensuit. Puis cinq mois après nous voyons survenir la première crise ayant consisté en une incontinence nocturne d'urine suivie au réveil d'une sensation de grande fatigue : dès cette période notre malade est entré dans l'épilepsie. Puis les crises se répètent jusqu'au 22 mai 1912, date à laquelle nous voyons apparaître pour la première fois un changement dans son humeur toujours égale jusqu'à ce moment. « Il est très nerveux, il passe par une crise de spleen fantastique. » Le 11 août les troubles nerveux seront plus manifestes : quelques jours après les troubles mentaux vont éclater et poursuivront leur marche inexorable suivant le rythme que nous avons décrit, avec une alternance et une régularité impressionnantes et sur lesquelles nous reviendrons.

En somme traumatisme, hémiplégie, épilepsie, changement d'humeur, troubles nerveux, troubles mentaux voilà chronologiquement les faits saillants de l'histoire de notre malade. Dans cette histoire c'est donc le traumatisme qui est à l'origine de tous les troubles et un traumatisme violent puisque ces

troubles, après une hémiplégie qui a été sa signature, vont se terminer par la mort au bout de quatre ans.

N'est-il pas légitime aussi d'établir une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'épilepsie d'abord, entre le traumatisme et les troubles mentaux ensuite ?

La notion du traumatisme dans l'étiologie de l'épilepsie n'est plus contestée depuis qu'elle a été nettement décrite par Bravais en 1827 et étudiée complètement par Hughlings Jackson en 1873. Mais c'est de l'épilepsie partielle, dite bravais-jacksonienne, qu'il fut toujours question quand on parlait d'épilepsie traumatique. Déjà A. Broca en 1903 et Tixier en 1906 avaient attiré l'attention sur la fréquence non plus de l'épilepsie partielle mais de l'épilepsie généralisée appartenant suivant la classification de Duret aux complications tertiaires des traumatismes cérébraux et liée à des lésions profondes dans le cours de la cicatrisation, survenant donc tardivement. Mais ce sont surtout les recherches expérimentales de ces dernières années appuyées des observations cliniques qui ont permis d'attribuer au facteur traumatisme une part beaucoup plus grande dans la genèse du mal comitial.

Et Souques pouvait affirmer en 1916 que les traumatismes craniens laisseraient derrière eux des centaines pour ne pas dire des milliers d'épileptiques. Toutes les statistiques qui ont été publiées aussi bien les anciennes d'Eccheveria, de Bergman, d'Eguchi, que celles du professeur P. Marie, de Souques, de Vil-

laret, du professeur Claude et de Babinski relatant la fréquence de l'épilepsie traumatique puisqu'elle varie de 2 à 20 o/o en moyenne, viennent apporter un appoint considérable à cette affirmation.

Aussi, bien que la première attaque épileptique dans notre observation soit survenue plus d'un an après le traumatisme — elle apparaîtrait en moyenne d'après Chatelin six à huit mois après le traumatisme — nous admettons qu'elle a une origine traumatique car nous savons d'une part qu'elle peut apparaître encore plus tardivement et quelquefois au bout de plusieurs années bien que son apparition soit en général plus rapide et d'autre part nous avons vu que certains phénomènes prémonitoires d'ordre physique ayant consisté en secousses dans les muscles primitivement le siège de la paralysie et en un besoin d'activité, ont relié comme les anneaux d'une même chaîne la première manifestation comitiale, l'incontinence d'urine survenue cinq mois après le traumatisme, à l'attaque épileptique, à l'épilepsie généralisée.

Nous l'admettons encore plus à cause de la qualité du terrain, suivant l'expression du professeur P. Marie, le traumatisme ayant porté sur un cerveau jeune exempt de tares et soumis à une agression bien localisée.

Mais n'est-il pas aussi légitime d'établir une relation de cause à effet non plus entre le traumatisme et l'épilepsie mais encore entre le traumatisme et les troubles mentaux ?

Dès la plus haute antiquité ces troubles psychiques ont été signalés par Hippocrate, Arétée de Cappadoce qui reproduit l'opinion d'Hippocrate, Galien vers l'an 150, puis à la Renaissance par Félix Plater et Thomas Willis. Puis c'est une longue période de silence jusqu'à la période scientifique du XIX^e^ siècle avec Pinel Mathey, Dubuisson, Ellis, Griesinger, Esquirol qui admettent l'influence du traumatisme cranien dans l'étiologie de l'aliénation mentale. Mais c'est Schlager en 1857 qui sortant des généralités porte son étude sur plus de 49 cas de troubles mentaux consécutifs aux traumatismes craniens.

En 1867 Francis Skoe arrive à conclure que l'évolution clinique est la suivante. Au début de l'excitation maniaque plus ou moins longue et intense, puis une période dans laquelle le malade est irritable et dangereux et enfin au bout d'un temps plus ou moins long l'installation de la démence.

En 1868, Krafft-Ebing divise les malades en trois groupes :

1° Ceux chez lequels la folie est la conséquence directe, unique et immédiate du traumatisme.

2° Ceux dont la folie ne survient qu'après une période prodromique plus ou moins longue caractérisée par des modifications de l'humeur, des habitudes, du caractère.

3° Ceux enfin chez lesquels le traumatisme ne crée qu'une prédisposition à la folie.

En 1889 Christian dit textuellement : « Le traumatisme cranien est capable de créer de toutes pièces des

troubles mentaux précoces ou tardifs par rapport au traumatisme. »

Pour Jacobson en 1893, les cas de manie semblent avoir la prédominance parmi les psychoses dites secondaires d'origine traumatique c'est-à-dire les psychoses qui ne se développent qu'un certain temps après le traumatisme et se présentent chez des individus qui deviennent « cérébraux » suivant l'expression de Lasègue.

Suivant Bewan-Lewis 20 o/o des folies intermittentes chez l'homme auraient une origine traumatique.

En 1903 Angiolella admet l'épilepsie et la folie traumatiques et les place parmi les maladies mentales liées à des lésions organiques et permanentes des cellules nerveuses et Pilcz met au premier rang des facteurs étiologiques des psychoses périodiques le traumatisme cranien.

Parmi tous les auteurs qui ont signalé des rapports entre les troubles psychiques et les traumatismes nous avons surtout mentionné ceux qui les ont signalés à la suite des traumatismes craniens et qui ont surtout insisté sur le traumatisme comme facteur étiologique des psychoses périodiques.

Notons que d'autres auteurs, notamment Schlager, Skoe, Krafft-Ebing font une place à part à une folie spéciale en rapport avec le traumatisme, dont ils ont essayé de déterminer les caractères distinctifs. Et si Christian rejette l'étiquette de « folie traumatique » en donnant comme raison que la cause même de

cette folie n'ayant aucune spécialité, le processus morbide n'étant pas le même, ne peut engendrer la même affection mentale, ce même auteur dit plus loin : « il est une série de cas dans lesquels il semble que le traumatisme imprime à la maladie mentale un cachet spécial quand il est la cause directe et immédiate de la folie. »

D'autre part il est curieux de noter que certains auteurs parlent des bons effets du traumatisme cranien survenu sur des gens de médiocre intelligence. Et si nous le notons c'est que certains auteurs modernes considèrent que la manie de la folie à double forme correspond à un état d'hyperfonctionnement de toutes les fonctions tant physiques que psychiques.

Ainsi en 1810 Gall raconte l'histoire d'un jeune homme qui jusqu'à 13 ans n'avait pu réussir à rien et qui devint très brillant dans ses études à la suite d'une chute du haut d'un escalier, chute qui lui fit plusieurs trous dans la tête ? Dans le même ouvrage Gall raconte que le Père Mabilion d'une intelligence plus que bornée jusqu'à 18 ans reçut à cette époque une blessure des plus fortes sur la tête, fut trépané et à partir de ce moment déploya des talents supérieurs. C'est à une contusion violente qu'il reçut sur la tête que, toujours d'après Gall, Grétry dut le développement de son génie pour la musique.

Il résulte donc de cette énumération, bien que les auteurs ne soient pas d'accord sur les troubles qui suivent les traumatismes, les uns admettant avec

Skoe un type de folie « la folie traumatique », les autres plus nombreux, étonnés de voir les diverses modalités sous lesquelles se présentent les psychoses traumatiques, croyant plutôt à autant d'affections différentes, que l'on serait en droit de conclure aux rapports qui relient ces troubles au traumatisme.

Cependant d'un autre côté dans ces dernières années un grand nombre d'affections ayant été particulièrement étudiées dans leurs causes et leurs lésions cette influence a été rejetée au second plan, la syphilis en particulier apparaissant au premier. En effet, il semble malaisé d'établir sur des bases irréfutables l'origine traumatique de certaines formes d'aliénation mentale et de l'opposer soit aux causes dégénératives, soit aux autres processus dont elles relèveraient : car avant de se prononcer sur l'existence réelle d'une psychose traumatique il faut déterminer le moment précis où un individu est devenu un aliéné ? Et cela est d'autant plus difficile que la période intermédiaire est en général remplie par une série de phénomènes plus ou moins caractérisés et accentués et qui mènent par une pente insensible à la folie, le traumatisme ayant pu alors créer simplement une prédisposition à la folie ou survenir en coïncidence mais sans liens avec elle.

Mais nous avons connu notre malade depuis son enfance et nous n'avons pu relever chez lui aucun vice d'organisation, aucun stigmate physique de dégénérescence.

Nous n'avons rien trouvé du côté du crâne, de la

face, des membres, des organes génitaux, de la peau et des appendices cutanés. Aucun stigmate psychique non plus. Ses facultés intellectuelles étaient normales: ses études classiques se sont en effet terminées normalement par l'obtention du baccalauréat. Ses facultés morales étaient aussi complètes : il était affectueux envers ses parents et ses amis, sa conduite était sans reproches. Ses facultés sociales enfin n'étaient pas altérées: il avait eu beaucoup d'amis à l'école et au régiment où il donnait le bon exemple et était très bien noté. Jamais, avant son accident, il n'avait eu d'attaques d'épilepsie ou quelques symptômes qu'on pût rattacher à l'épilepsie. Nous ne trouvons chez lui aucune tare héréditaire. Enfin aucune infection, aucune intoxication n'ont précédé ni suivi le traumatisme et la recherche de la spécificité effectuée avec soin a toujours été négative.

Il est intéressant de noter d'ailleurs que Viollet (thèse de Paris, 1905) résumant la topographie des lésions observées dans les psychoses traumatiques sur 25 cas où les blessures siégeaient dans la région antérieure ou frontale (18 fois à droite) a trouvé 6 cas d'épilepsie dont 2 cas dans lesquels cette névrose était associée à des psychoses transitoires de nature exubérante.

En somme, comme nous ne trouvons qu'un seul facteur étiologique, le traumatisme et lui seul, agissant sur un cerveau sain, comme les crises d'excitation et de dépression ont apparu après l'épilepsie, il nous semble possible pour ces raisons d'opposser

dans le cas que nous étudions, le traumatisme à l'influence des causes dégénératives dans la production des crises mentales.

Nous le croyons d'autant plus que nous pensons que ces périodes d'excitation et de dépression, à cause des modalités qu'elles ont présentées chez notre malade, pourraient bien n'être qu'une image affaiblie de la crise épileptique elle-même du fait soit d'une moindre excitation portée sur la substance cérébrale, soit d'une moindre excitabilité de cette même substance sous l'influence du bromure, l'excitation représentant en somme l'attaque et la dépression le phénomène d'épuisement qui lui fait suite.

Nous essayerons de donner plus loin les ressemblances cliniques qui semblent légitimer cette hypothèse. En attendant nous admettons, par le fait même l'origine traumatique de la psychose comme celle de l'épilepsie.

PATHOGÉNIE

Puisque nous admettons la parenté de ces accès à double forme et de l'épilepsie ce serait la pathogénie de cette dernière qu'il nous faudrait entreprendre et telle n'est pas notre intention. Nous nous bornerons simplement à rappeler les principales théories qui ont été émises, sans faire un choix d'ailleurs, parce qu'elles nous permettront un essai d'interprétation sur la façon dont on peut concevoir la substitution de l'accès à double forme à l'épilepsie et réciproquement.

Ces théories sont au nombre de trois principales : ce sont la théorie de la compression, la théorie vasculaire et la théorie des lésions cérébrales.

La théorie de la compression s'applique à toutes les lésions susceptibles d'exercer une compression soit par elles-mêmes, soit par l'hypersécrétion ou l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (Tixier) produites par une irritation continue des méninges.

La théorie vasculaire se rapporte surtout aux hyperostoses avec densification du tissu osseux d'où résulterait l'oblitération des voies anastomotiques (Pierret) : pour d'autres auteurs elle se rapporterait à de petites hémorragies corticales probables.

Enfin la théorie qui réunit le plus de partisans est

celle des lésions cérébrales dans laquelle ce sont les cicatrices du cerveau ou des méninges qui jouent un rôle prépondérant en constituant autant d'épines irritatives pour l'écorce : on peut y ajouter les lésions histologiques de sclérose névroglique qui avaient été déjà notées par Chaslin dans l'épilepsie dite essentielle.

A ces théories principales sont venues s'ajouter celles qui incriment l'infection qui semble en effet faciliter la production des lésions ; la théorie toxiue qui a eu pour point de départ l'expérience de Charrin qui provoquait des crises épileptiformes chez le cobaye amputé des deux pattes de derrière et ayant reçu de la toxine diphtérique, par le pincement de la peau de la région cervico-dorsale ; puis encore la théorie du déficit en calcium, déficit qui agirait comme un véritable irritant.

Que toutes ces théories puissent se compléter, se substituer chez un même sujet, qu'elles soient ou non exclusives, ce qu'il nous importe de retenir c'est le fait qu'en définitive le traumatisme met toujours en jeu l'irritabilité du cerveau, soit par son action mécanique, soit par l'élément toxique, circulatoire ou infectieux surajouté ; c'est le fait de l'irritation nécessaire et toujours suffisante pour provoquer l'épilepsie. On sait d'autre part depuis que Fritsch et Hitzig ont découvert en 1870 l'excitabilité corticale, découverte que les recherches de Ferrier, François-Franck et Pitres, Carville, Duret, Grünbaum, Sherrington, sont venues confirmer, que cette excitation

doit être portée au niveau de l'écorce cérébrale, dans la zone rolandique motrice.

Il faut donc et c'est l'essentiel une irritation — toutes les lésions peuvent la produire. Mais l'intensité de cette action irritative a-t-elle été définie ? Le degré d'intensité pour provoquer les convulsions toniques est-il capable de produire les convulsions plus violentes de la phase clonique ?

Est-ce le même qui agit quand l'épilepsie débute dans un groupe musculaire isolé où les convulsions peuvent rester circonscrites ou quand ces convulsions s'étendent graduellement pouvant envahir tout le corps et se généraliser ? N'y a-t-il pas de plus des auras sensitives consistant en une douleur fugace traversant le membre comme un éclair, en fourmillements, etc... ; des auras sensorielles qui peuvent être gustatives, olfactives ou visuelles ; des auras psychiques enfin consistant en hallucinations. Bien que leurs modalités soient différentes ces phénomènes du début de l'excitation ne font pas moins partie du cortège symptomatique de l'épilepsie et la cause qui les produit est sans doute de même nature.

Pouvons-nous dire de leur intensité qu'elle est pareille ? Il y aurait ainsi des degrés dans l'intensité de l'excitation et c'est l'hypothèse que nous faisons.

On peut penser aussi que l'irritation nécessaire pour déclancher les centres nerveux qui président aux fonctions intellectuelles est de moindre degré que celle qui est nécessaire pour mettre en branle les centres qui servent aux mouvements ?

Et alors si l'intensité de ce qu'il est convenu d'appeler, faute de mieux, « le fluide nerveux » n'était pas assez puissante pour produire l'attaque d'épilepsie, ne pourrait-elle être assez forte pour provoquer simplement les phénomènes de surexcitation maniaque ?

Ne voit-on pas, en effet, dans certains cas, quand les phénomènes convulsifs n'ont pas épuisé la décharge nerveuse, celle-ci affaiblie, atténuée, s'achever sous forme d'impulsions plus ou moins coordonnées, d'excitation générale plus ou moins intense ? Ne voit-on pas la persistance de l'éréthisme nerveux à la suite du paroxysme convulsif se manifester, soit sous la forme d'un véritable accès maniaque qui dure plusieurs jours, soit sous la forme de troubles simplement délirants ?

Nous savons d'autre part, d'après les recherches sur l'épilepsie expérimentale que trois modes d'action sont possibles (Gley) : la réaction musculaire simple, la réaction musculaire tétanisante et la réaction épileptique vraie.

La première qui se produit après des excitations faradiques très espacées, sous la forme de secousses isolées dans certains groupes musculaires de la moitié du corps opposé à la région excitée, peut être en somme comparée à l'aura motrice.

La deuxième ne s'obtient qu'après des excitations très rapprochées, les muscles intéressés se contractant par fusion des secousses et venant au repos aussitôt après la dernière excitation et cette réaction

présente quelque analogie avec la phase tonique de la crise épileptique.

Quant à la troisième c'est la phase de réaction épileptique vraie. Après plusieurs excitations renouvelées « l'écorce en gardant chaque fois quelque chose » (Morat et Doyon) une nouvelle excitation intense et longue produit une série de secousses irrégulières qui atteignent souvent tous les muscles de l'animal et se prolongent quelque temps après l'excitation. Cette dernière réaction ressemble à la phase clonique de l'attaque.

Nous sommes ainsi porté à admettre qu'affaiblie, atténuée dès le début, l'irritation nerveuse n'est plus capable de produire l'attaque d'épilepsie et produit alors son équivalent, l'excitation maniaque. Si de plus et surtout la substance cérébrale a perdu son excitabilité par le fait du bromure, malgré l'intensité de l'action irritative, les crises mentales pourraient se produire au lieu et place de l'accès comitial. On sait d'ailleurs expérimentalement que si l'on dépose des sels de calcium directement sur l'écorce cérébrale on en diminue l'excitabilité.

Ainsi les décharges convulsives et les décharges mentales seraient dues à un processus analogue mais d'intensité différente.

Quant aux périodes de dépression elles s'expliqueraient par le fait qu'après les paroxysmes convulsifs, les phénomènes d'épuisement ne manquent jamais (Féré). Du reste expérimentalement, François Franck et Pitres ont observé l'épuisement de l'exci-

tabilité de l'écorce cérébrale à la suite d'accès épileptiformes déterminés par la faradisation des zones motrices.

DIAGNOSTIC

La coexistence dans la même crise morbide de phénomènes d'excitation et de dépression portant sur l'humeur, l'intelligence ou la psychomotilité avait été entrevue déjà par Guislain en 1835 qui signala la fusion complète entre la manie et la mélancolie et par Griesinger en 1845. Ils insistaient tous deux sur la fréquence des alternatives de dépression et de manie.

Mais c'est Kræpelin qui remontant de la symptomatologie de l'accès isolé à la notion de la maladie causale arrive au diagnostic de la nature du syndrome. Et la folie à double forme, réellement découverte par Baillarger et par Falret père en 1890, est présenté en 1899 par le célèbre psychiâtre de Munich sous le nom de « folie maniaque dépressive ».

C'est l'étiquette sous laquelle notre malade a été soigné.

Mais ce qui constitue le fond de la folie maniaque dépressive c'est qu'elle est une psychose constitutionnelle essentiellement héréditaire et cette conception n'est pas conciliable avec la notion d'une manie accidentelle relevant du traumatisme qui est à la base de notre observation, en admettant même qu'il ait agi sur un terrain prédisposé.

Nous savons aussi que dans cette affection l'affectivité est abolie et qu'étranger à tout ce qui l'entoure le sujet est atteint d'indifférence morbide. Or, en pleine période de dépression notre malade nous écrit : « Je ne puis me faire à cette idée d'asile et à l'ambiance. Comme les bons encouragements que tu me donnais quand tu étais près de moi me manquent... Je crois bien être ici pour un nombre illimité de mois, pour ne pas dire d'années. C'est horrible !... »

Quant à l'exaltation de l'affectivité elle se manifeste souvent par un état de douleur morale assez intense pour que les malades se plaignent de ne plus pouvoir souffrir. Est-ce le cas ici ?

Parmi les troubles de la psychomotilité je ne retrouve pas le ton toujours déclamatoire, emphatique du maniaque dépressif, je ne reconnais dans aucun de ses actes une malveillance quelconque et s'il est taquin et railleur il n'est pas méchant. Des phrases vides et sonores, des locutions triviales ou des mots obscènes n'ont jamais formé le contenu de ses lettres et de sa conversation.

Dans la sphère intellectuelle je ne vois pas que les idées, au lieu de s'enchaîner logiquement, se présentent sans ordre et tumultueusement au hasard des circonstances et des impressions du moment. Surtout ses associations d'idées n'ont pas l'allure des associations automatiques réflexes des maniaques dépressifs et la mémoire ne me paraît pas affaiblie, au contraire. Nous n'avons jamais observé de fuite

des idées dans la période d'excitation et pas d'inhibition de la pensée dans la période de dépression. De plus notre malade a toujours eu conscience de son état tout au moins dans ses périodes de dépression.

Avons-nous affaire alors à ce que Wilmanns (1906) a appelé « Cyclothymie » ou humeur circulaire, décrivant sous ce nom ainsi que Kahlbaum, Hecker, Deny et Kahn (Th. Paris, 1909) les formes les plus atténuées de cette psychose maniaque dépressive et dans laquelle le maniaque a conscience de son état ?

Mais Deny a fait entrevoir que ces états n'étaient peut-être que la manifestation d'une constitution psychopathique spéciale « la constitution cyclothymique » caractérisée par une déséquilibration de la sensibilité morale : ce dernier caractère écarte le diagnostic.

D'autre part, au contraire, tout en nous rappelant ces lignes de Morel (*Traité des maladies mentales*, 1853) : « J'ai dit qu'il faut se contenter de décrire certains malades et ne pas essayer de les classer d'une manière rigoureuse » nous n'avons pas pu ne pas être frappé, en plus de l'étiologie et de la pathogénie communes que nous leur avons reconnues, par la similitude de plusieurs symptômes présentés par notre malade avec ceux qui accompagnent habituellement les accès épileptiques et l'épilepsie elle-même.

Griesinger comparait déjà en 1845 au point de vue de la gravité la manie périodique à une véritable « épilepsie psychique ».

« Ce n'est, dit Morel, qu'après de nombreuses et

pénibles déceptions que j'ai dû forcément porter une attention plus grande à la marche et au développement de l'affection chez ces sortes de malades. On remarque à la façon brusque dont débutent les accès d'agitation, dans la soudaineté des impulsions, dans la répétition successive des mêmes particularités, des signes qui obligent à rapprocher ces malades des épileptiques. Le doute n'était plus possible lorsqu'il me fut donné après plusieurs rechutes et après une série de phénomènes d'alternance, de périodicité et d'intermittence semblables à ceux que j'ai décrits, d'assister à des accès formidables d'épilepsie ».

Eccheveria en 1879 a montré des cas de mélancolie et de manie qui constituaient par leur alternance régulière une vraie folie circulaire dont l'origine épileptique était souvent méconnue.

Pour Maudsley (*Le crime et la folie*, chez Alcan, 1881) l'identité de la folie et de l'épilepsie ne fait aucun doute « les centres nerveux dérangés étant non plus ceux qui président aux mouvements mais ceux qui servent aux opérations mentales ».

Doutrebente en 1886 ne dit-il pas : « On a considéré tel malade comme atteint de délire aigu en 1865, successivement décoré des épithètes de maniaque intermittent, fou à double forme : aujourd'hui c'est un grand épileptique. Il a passé par ces différents états sans que le diagnostic ait été fait. »

Pierret en 1896 et son élève Cornu (Th. Lyon, 1901) ont comme Doutrebente rapproché les accès

périodiques des folies intermittentes des accès épileptiques.

Devay en 1905 a réussi par l'intoxication belladonée, chez deux malades atteints de folie intermittente avec agitation maniaque, à faire naître le mal comitial qui s'est superposé ou substitué à l'accès intermittent.

A propos d'un cas de manie observé par lui le professeur Guglielmo Mondio (*E.*, 1907) rappelle que les travaux de Lombroso, Tanzi, Tamburini, Bianchi démontrent d'une façon complète que beaucoup de formes de folie transitoire peuvent être considérées comme des équivalents épileptiques.

Enfin Anglade et Jacquin (*Encéphale*, 1907) ont constaté, en dehors des analogies cliniques et étiologiques qu'ils ont décrites, une anatomie pathologique commune aux psychoses périodiques et à l'épilepsie consistant surtout en une prolifération de névroglie dans certaines régions de l'écorce cérébrale.

Quels sont donc les caractères communs qui permettent d'établir un lien de parenté entre l'épilepsie et la psychose à double forme de notre observation ?

Ce sont :

1° L'apparition brusque de l'excitation et de la dépression.

C'est ainsi que notre malade le 15 août alors qu'il est encore au volant de son auto, à moitié chemin d'une course qu'il a entreprise avec joie, subitement s'arrête, est inquiet mais surtout fatigué et inca-

pable d'un effort alors que son air est triste et que ses traits sont pâles.

Que le 24 octobre alors qu'il fait ses préparatifs de départ pour la Suisse où il heureux de partir, il fait de la dépression.

Que le 28 décembre après avoir quitté brusquement la Suisse et après avoir passé la nuit à Paris dans un état de grande surexcitation il assiste à son réveil, alors qu'existent encore toutes les causes de son excitation, à la chute de tous ses désirs en même temps qu'il se sent horriblement déprimé.

Que les accès d'excitation, enfin, le surprenaient pour ainsi dire au milieu de la nuit.

2° La courte durée des accès.

Dans notre observation (à part le premier accès qui a duré près de deux mois) les accès duraient neuf jours en moyenne.

3° Leur ressemblance parfaite : les accès se répétant toujours avec la même physionomie.

4° Leur égalité en intensité : à une excitation forte correspondait une dépression forte : à une excitation brève une dépression pareille.

5° La périodicité et la régularité des crises alternantes.

Et cette périodicité et leur régularité étaient telles en effet que notre malade avait remarqué le fait et qu'il avait pu prévoir bien à l'avance l'état dans lequel il se trouverait le 7 juillet 1913 et dans lequel il préférait se trouver pour sortir de l'asile. Nous le

trouvons en effet le 7 juillet comme il l'avait prévu, en pleine excitation.

6° L'ignorance dans laquelle le malade se trouve de son état, dans la période d'excitation qu'il considère comme normale, alors qu'il ne méconnaît jamais sa période de dépression.

Ne m'a-t-il pas écrit en effet alors qu'il avait neuf jours d'excitation et neuf jours de dépression « à une heure près j'ai dix-sept jours de bons pour neuf de mauvais ». Ne dit-il pas qu'il est dégoûté de voir que sa dépression est revenue aussi vite que la précédente. Ne parle-t-il pas plus loin de ces sacrées périodes de dépression qu'il redoute parce qu'il n'est bon à rien et fuit tout le monde.

Alors qu'en période d'excitation il m'écrit le 4 août « qu'il a l'esprit lucide ces jours-ci, qu'il est vraiment inspiré, qu'il se porte à merveille, que c'est délicieux ! »

7° L'existence d'intervalles libres pendant lesquels le retour à l'état normal était réellement complet. C'était suivant l'expression des anciens auteurs des « intervalla perfectissima » et non pas seulement des « intervalla obscura ».

8° La conscience de son état. Il m'écrit dans deux lettres : « Puisque je suis malade et que je veux guérir il faut par conséquent me soigner... Je suis décidé à ne pas faire d'excès pour me remettre le plus tôt possible. »

Et en somme toutes ces lettres qu'il n'a pas man-

qué de m'envoyer pour me mettre au courant de son état en sont une preuve.

9° L'état du pouls plein et fort, du visage fortement coloré pendant l'excitation et inversement pendant la dépression : comme dans l'attaque épileptique,

10° L'absence d'idées délirantes d'orgueil, de fierté, d'ambition ou de grandeur dans l'excitation et d'idées de ruine, de culpabilité dans la dépression.

11° Le caractère des crises alternantes.

Les phénomènes d'excitation n'ont jamais atteint en effet une grande intensité : ils ont toujours consisté en un état ordinaire d'entrain et de gaieté, dans une activité contrastant avec ses habitudes passées et se traduisant par de l'abondance de paroles, des rappels de souvenirs qui semblaient effacés, un besoin de mouvement : tous ces phénomènes n'étant en somme qu'une exagération de l'activité de toutes les fonctions tant physiques que psychiques. Alors que les phénomènes de dépression étaient plutôt constitués par de l'épuisement, de l'asthénie, que par de la mélancolie.

12° L'absence d'hérédité.

13° La substitution pour ainsi dire flagrante à un accès d'excitation de quelques heures d'une attaque d'épilepsie — substitution survenue le 2 février 1913.

Ne pouvant en effet arriver ce soir-là à s'endormir il s'était levé et avait développé des clichés photographiques de 12 à 13 heures du matin. Il s'était couché, s'était relevé vers 5 heures « heureux qu'il

était de sortir de sa mauvaise période » quand tout à coup il s'évanouit à sa table et tombe sur le poêle de sa chambre pour ne revenir à lui qu'une fois le lavage de la plaie qu'il portait au front terminé. C'était une attaque d'épilepsie — il est curieux de noter qu'il n'avait pas pris de bromure depuis un mois et demi.

Le lendemain il était tout à fait normal : il devait rester calme jusqu'au 15 février. La crise convulsive s'était donc réellement substituée à la crise mentale.

14° Enfin la disparition de l'épilepsie par le bromure et l'apparition des accès périodiques ainsi que le balancement de ces phénomènes par la suppression du bromure.

Et cette substitution n'a pas été le fait d'une coïncidence ou l'effet du hasard dans la longue histoire de notre malade mais s'est répétée à plusieurs reprises avec une régularité assez impressionnante. C'est ainsi que nous notons le 25 avril 1912 une cure de bromure pour des accidents convulsifs et le 22 mai une crise « de spleen fantastique » ; le 28 mai la suppression du bromure et le 28 juillet, deux mois après, l'attaque d'épilepsie ; le 28 juillet la reprise du médicament et le 11 août l'apparition de l'excitation maniaque et plus tard de la dépression. Nous voyons encore que les crises mentales se poursuivent en même temps que le bromure est ordonné d'une façon intensive mais jusqu'au 14 décembre 1912 seulement. Le 2 février 1913 apparaît alors une nouvelle

et forte attaque épileptique. Le bromure est alors ordonné et les crises mentales reparaissent encore avec leur rythme particulier jusqu'à la dernière attaque relevée dans l'histoire de notre malade et survenue encore deux mois après la suppression du bromure.

CONCLUSIONS

De cette étude nous pensons pouvoir tirer les conclusions qui suivent :

1° Le traumatisme, qui est à l'origine de l'épilepsie, peut créer un terrain favorable à l'éclosion de troubles mentaux.

2° L'étiologie, la pathogénie, des caractères cliniques communs, en particulier la soudaineté, la brièveté, la régularité des accès, l'amnésie de la période d'excitation, l'existence d'intervalles libres, permettent de rapprocher de l'épilepsie la psychose à double forme de notre observation.

3° La substitution des attaques d'épilepsie aux crises mentales et réciproquement suivant que le malade était ou non sous l'action du bromure peut être considérée comme la preuve expérimentale de notre opinion.

4° En somme les crises convulsives et les crises mentales périodiques qui reconnaissent pour cause une modification analogue du système nerveux,

semblent n'être en définitive que des manifestations de même nature, sinon de même grandeur, relevant d'une seule et même affection l'épilepsie et capables de se substituer.

Vu : le président de la thèse,
E. SERGENT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Angiolella. — De la classification des états psychopathiques (Annales médico-psychologiques, 1903).

Anglade et Jacquin. — Les psychoses périodiques et l'épilepsie (L'encéphale, juin 1907).

Antheaume. — Les psychoses périodiques (Congrès de Genève, 1907).

Babinski. — Discussion sur les troubles subjectifs des blessures du crâne (Société de Neurologie, avril 1916).

Baillarger. — Recherches sur les maladies mentales, 1890, t. I.

Broca (A.). — Précis de chirurgie cérébrale, 1903.

Bergeron. — Rapport de l'épilepsie avec le traumatisme (Thèse de Paris, 1910).

Bergman. — Etat actuel de la chirurgie nerveuse : in Chipault, 1902.

Bewan-Lewis. — A text-booth of mental disease. Londres, 1899.

Blandin. — Epilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne par armes à feu (Thèse de Paris, 1901-1902).

Chaslin. — Eléments de sémiologie et clinique mentales.

Christian. — Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale (Arch. de Neur., juillet et septembre 1889).

Claude. — Discussion sur les accidents secondaires des blessures du crâne (Soc. de Neur., mai 1916).

— Psychose épileptique d'origine commotionnelle à forme excito-dépressive (Soc. de Psychiâtrie, 18 déc. 1919).

Cornu. — Des migraines et de ses rapports avec l'épilepsie (Thèse de Lyon, 1902).

Deny (G.). — La cyclothymie (Semaine médicale du 8 avril 1908).

Deny et Camus. — La psychose maniaque dépressive, 1907. Baillière.

Devay. — In Caducée, 1905.

Doutrebente. — Annales médico-psychologiques, 1886.

Dubuisson. — Des vésanies ou maladies mentales. Paris, 1816.

Duret (H.). — Traumatismes cranio-cérébraux, accidents primitifs, leurs grands syndromes. Paris, 1919.

Eccheveria. — Archives générales de Médecine, 1878.
— Annales médico-psychologiques, 1879.
Eguchi. — Epilepsie traumatique consécutive aux plaies de tête dans la guerre russo-japonaise (Analyse in Journal de Chirurgie. Paris, 1913.
Ellis. — A treatice on the nature, symptoms, causes of insanity. London, 1838.
Esquirol. — Maladies mentales. Paris, 1868.
Falret. — Mémoire sur la folie circulaire (Acad. de Méd., février 1854).
Féré. — Epilepsie et épileptiques (Alcan, 1890).
François-Franck. — Cours du collège de France, 1880-1904 et travaux de laboratoire (Paris O. Doin, 1904).
Gall. — Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier. Paris, 1810.
— Fonctions du cerveau. Paris, 1825.
Gley. — Physiologie.
Griesingen. — Lehrbuch der psychischen Krankheiten (Traduction française de Doumic. Paris, 1873.
Guislain. — Traité de phrénopathies, 1835.
Jacobson. — Psychoses traumatiques Nordisk med. archiv., 1893.
Kahn (Pierre). — De la cyclothymie et la constitution cyclothymique et de ses manifestations (Thèse de Paris, 1909).
Kræpelin. — Introduction à la psychiâtrie clinique traduite sur la 2e édit. allemande par Albert Devaux et Prosper Merklen. Paris, 1907.
Krafft-Ebing. — Traité clinique de psychiâtrie (Traduction française de Laurent. Paris, 1897).
Laignel-Lavastine, Barbe, Delmas. — La pratique psychiâtrique. Paris, 1919.
Marchand. — Accès épileptiques, accès procursifs et troubles psychiques intermittents consécutifs à un traumatisme cranien (Revue de Psychiâtrie, mars 1907).
Marie (Pierre). — Accidents secondaires précoces des blessures du crâne (Soc. de Neur., avril 1916).
Mathey. — Nouvelles recherches sur les maladies de l'esprit, 1816.
Maudsley. — Le crime et la folie. Alcan, 1881.
Meyssan. — Les psychoses traumatiques (Thèse de Bordeaux, 1900).
Mondio (Guglielmo). — Contribution à l'étude de l'équivalent épileptique (Encéphale, avril 1907).
Morat et Doyon. — Physiologie.
Morel. — Traité des maladies mentales, 1853.

Netter (*Fernand*). — L'épilepsie généralisée consécutive aux traumatismes de guerre cranio-cérébraux (Thèse de Paris, 1917-1918).

Picqué (*L.*). — Psychopathies et chirurgie. Paris, 1912.

Pierret. — Etats convulsifs (Semaine médicale, 1896).

Pinel. — Traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale Paris, 1809.

Rogues de Fursac et Abély. — Transformation d'un délire polymorphe en épilepsie (Société de Psychiâtrie, 18 janvier 1920).

Rogues de Fursac. — Précis de Psychiâtrie, 5e édit.

Regis. — Précis de Psychiâtrie, 6e édit. 1923.

Skoe. — Folie traumatique (Méd. Journal, février 1866. Edimburg).

Souques. — Discussion sur les accidents secondaires des blessures du crâne (Séance de la Soc. de Neur. du 24 mai 1916).

Tixier. — Indications opératoires des traumatismes anciens du crâne (Revue de Chirurgie, 1906).

Villaret et Faure-Beaulieu. — Epilepsie tardive consécutive aux traumatismes de guerre cranio-cérébraux (Montpellier médical, novembre 1916).

Viollet. — Des rapports des traumatismes craniens et de l'épilepsie (Thèse de Paris, 1904-1905).

Impr. de la Faculté de médecine, H. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6088-23